

“עמותת מיטב” מרכז רב תחומי ליעוץ, טיפול וחינוך בקהילה

(ע"ר)

COMMUNITY CENTER FOR PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL CONSULTATION

ת.ד. 90000 מיקוד 12100 (מתחם המועצה האזורית גליל עליון)

טלפונים: 04-6941862 04-6816367 04-6816424 פקס:

אי-מייל: mt@galil-elion.org.il



אנו מודים לכם על שפניתם ל-"עמותת מיטב".
ברצוננו ליידע אתכם על נהלי החיוב והתשלום במקום.
המחיר לשעת טיפול הוא 230 לפגישה.
בתום כל חודש תשלח חשבונית לביתכם בהתאם לחיוב מהעמותה.

התשלום

התשלום הוא באמצעות כרטיס אשראי
אנו מבקשים להעביר אלינו את פרטיכם ופרטי כרטיס האשראי ע"ג טופס זה לחיובו על ידנו, או
לחלופין שק בטחון ע"ס 460 ₪ (שני טיפולים למפרע) שיוחזר בתום תקופת הטיפול.
ברצוננו להבהיר שמסמך זה ופרטי כרטיס האשראי ישמרו במקום מאובטח ולא יעשה בהם כל
שימוש אחר מלבד חיוב עבור שירות שהמטופל מקבל במקום.
החיוב יתבצע בהתאם לדוח הטיפולים המאושר ע"י המטפל האישי

ביטול פגישות

על ביטול פגישה יש להודיע לפחות 24 שעות מראש למטפל.
היות והוצאות הכרוכות בקיום הפגישה מתקיימות גם אם היא מתבטלת, ניאליץ לחייב בתשלום
עבורה אם ההודעה על ביטולה התקבלה פחות מ-24 שעות מראש.

לתשלום ע"י כרטיס אשראי

הנני מאשר בזה ל-"עמותת מיטב" לגבות ישירות דרך כרטיס האשראי שלי שפרטיו מצורפים, את
התשלום עבור הטיפול, במקביל לשליחת החשבון לכתובתי.
פרטי כרטיס האשראי:

סוג הכרטיס: _____ מס' כרטיס: _____ תוקף תאריך: _____

קראתי את הנ"ל ואני מתחייב/ת לשלם עבור השירות שאקבל ב"עמותת מיטב", בהתאם
לאמור לעיל.

לקבלת חשבונית במייל

אופן הפניה לעמותת מיטב: _____

שם: _____ כתובת: _____

טלפון: _____ ת.ז. _____

במידה והמטופל הנו ילד/הורה: שם _____ ת.ז. _____

תאריך: _____ חתימה: _____

רפי אלטרס
מנהל עמותת מיטב"ב

אורי זלצר
מנהל עמותת מיטב"ב

